

予防接種の標準的な接種期間
(1歳から2歳で接種するもの)

予防接種の記録 (1)
Immunization Record

感染症から子ども（自分の子どもはもちろん、周りの子どもたちも）を守るために、予防接種は非常に効果の高い手段の一つです。子どもたちの健康を守るために予防接種の効果と副反応をよく理解し、子どもに予防接種を受けさせましょう。

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks
小児肺炎球菌 Streptococcus pneumoniae	1回	(歳 月 日)			
	2回	小児肺炎球菌(計3回) 生後2か月～7か月に至るまで			
	3回	(歳 月 日)			
	追加	小児肺炎球菌(追加1回) 生後12か月～15か月まで			
B型肝炎 Viral Hepatitis type B	1回	(歳 月 日)			
	2回	B型肝炎(計3回) 生後2か月～9か月に至るまで			
	3回	(歳 月 日)			
ロタウイルス Rotavirus ※5価経口 感染性ロタ ウイルス ワクチンのみ 3回を接種	1回	(歳 月 日)			
	2回	ロタウイルス(計2または3回) 生後2か月～出生14週6日まで ※ロタリックス(計2回)、ロタテック(計3回)			
	3回	(歳 月 日)			

予防接種

予防接種

- 接種済み
- 接種時期(定期)
- 接種時期(任意)

※母子健康手帳のデザインは一例です。
お手元の母子健康手帳とデザインや
予防接種の欄の配置が異なる場合があります。

予防接種の記録 (2)
Immunization Record

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib) Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Haemophilus influenzae type b						
時期	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks
第1期 初回	1回	(歳 月 日)				
	2回	5種混合(計3回) 生後2か月～7か月に至るまで				
	3回	(歳 月 日)				
第1期 追加		5種混合(追加1回) 初回3回目から6か月～18か月後				
第2期 (DT) ^a		(歳 月 日)				

※ジフテリア・破傷風(Diphtheria・Tetanus)

BCG						
接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks		
BCG(計1回) 生後5か月～8か月に達するまで						
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks	
麻疹・ Measles ・ 風しん Rubella	第1期	麻疹・風しん混合(第1期) 1歳～2歳に至るまで				
	第2期 (歳 月 日)					
水痘 Varicella	1回	水痘(計2回)				
	2回	1回目:1歳0か月～1歳3か月に達するまで 2回目:1回目から6か月～12か月後				

予防接種

予防接種

予防接種の記録 (3)
Immunization Record

日本脳炎 Japanese Encephalitis						
時 期	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks	
第1期 初回	1回	(歳 月 日)				
	2回	(歳 月 日)				
第1期 追加	(歳 月 日)					
第2期	(歳 月 日)					
ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks	
ヒトパピローマ ウイルス (HPV) Human Papillomavirus	1回	(歳 月 日)				
	2回	(歳 月 日)				
	3回	(歳 月 日)				
●薬剤や食品などのアレルギー記入欄						

予防接種

予防接種の記録 (4)
Immunization Record

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年 月 日)	メーカー又は製剤名/ロット Manufacturer or Brand name/Lot. No.	接種者名 Physician	接種部位 Injection site	備 考 Remarks	
おたふく かぜ Mumps	おたふくかぜ(任意接種1回) 1歳～2歳に至るまで					
	(歳 月 日)					
インフル エンザ Influenza	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					
	(歳 月 日)					

予防接種